1889

Lane Medical Library

Ein Beitrag zur

Casuistik der Uterusfibrome

mit kurzer Erwähnung der

gebräuchlichsten Behandlungsweisen.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Facultät

der Königlichen Universität zu Greifswald

am

Freitag, den 12. April 1889

vormittags 11 Uhr

öffentlich verteidigen wird

Oscar Schloss,

pract. Arzt aus Sarken.

Opponenten:

Dr. Eugen Weber, pract. Arzt.

Max Crüger, pract. Arzt.

Bruno Heintze, cand. med.

Greifswald.

Druck von Julius Abel.

1889.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153715_0050

Seinen teuren Eltern

in Liebe und Dankbarkeit

zugeeignet

vom

Verfasser.

Über Fibrome resp. Fibro-Myome des Uterus und deren Behandlung ist bereits soviel geschrieben, dass kaum noch etwas Neues hinzugefügt werden kann. Ich werde mich daher lediglich darauf beschränken, einen Beitrag zur Casuistik der Uterusfibrome zu liefern, indem ich 2 Fälle, die mir in liebenswürdiger Weise von Herrn Geheimen Medicinalrat Prof. Dr. Pernice zur Verfügung gestellt wurden, beschreiben werde. Es sei mir aber auch gestattet, vorher die gebräuchlichsten Behandlungsweisen genannter Tumoren zu erwähnen.

Das runde Gebärmutterfibroid ist eins der häufigsten Uterustumoren. Die viel citierte Angabe von Bayle, dass man bei 20% aller Frauen die älter als 32 Jahre sterben, Fibroide antreffe, scheint zwar übertrieben, doch schätzt auch Klob die Häufigkeit der Fibroide bei nach dem 50sten Jahr Verstorbenen auf 40%. Die Amerikaner heben hervor, dass Fibroide bei den Negerinnen und Mulattinnen sehr häufig sind und im verhältnismässig frühem Alter (zwanzig Jahren) schon nicht selten sich finden. Über die Ursachen, welche Entwickelung von Fibromen veranlassen oder begünstigen, ist noch gar nichts bekannt. Von Bayle

wurde als praedisponierend die Enthaltsamkeit vom Geschlechtsgenuss und die Sterilität angeführt. Beides ist wenig begründet, denn die meisten mit solchen Tumoren behafteten Frauen sind verheiratet. Nach Schröder waren bei 792 von ihm behandelten Frauen 614, also 77,5% verheiratet und 178 also 22,5% unverheiratet. Das Verhältnis der Fibrome zur Sterilität ist direkt das umgekehrte. Nicht die Sterilität führt zur Bildung von Fibromen, sondern die Fibrome haben häufig Sterilität im Gefolge.

Virchow und Winckel haben sich besonders bemüht, eine Aetiologie für Fibromyome des Uterus zu finden, sind aber auch zu keinen fassbaren positiven Resultaten gekommen. Virchow wies auf den „irritativen Charakter" der Fibrombildung hin und sprach den Gedanken aus, dass hierbei dann eine ungewöhnliche Höhe des localen Reizes oder ein localer Schwächezustand das veranlassende Moment abgeben könne. So allgemein annehmbar diese Sätze auch erscheinen, so wenig sind sie durch die direkte Beobachtung zu unterstützen. Wenn hierbei gerade von Virchow und Winckel auf die regelmässigen Congestionen zum Uterus, auf die Vorgänge im Puerperium, auf etwa vorher bestandene Chlorose etc. hingewiesen wird, so wird doch dadurch dem Verständnis nicht näher gebracht, warum diese alltäglichen Vorkommnisse gerade circumscripte Fibrome in einzelnen Fällen hervorrufen sollen! Wenn ferner Winckel noch Angaben anführt, wonach heftiges Erbrechen, Fall

von der Treppe, heftige Gemütsbewegungen bestimmt als Ausgang der Erkrankung angegeben werden, so weist er selbst schon auf die Mängel in diesen Angaben hin.

Das Alter anlangend, so dürfte bisher kein sicherer Fall constatiert sein, wo Fibrome vor der Pubertät und ebensowenig, dass eine solche Geschwulst nach den klimacterischen Jahren erst entstanden oder erheblich gewachen sei. Winckel hat aus einer Zusammenstellung von 528 Fällen folgendes ermittelt:

Unter 20	Jahren	waren	9	Kranke
20—30	„	„	98	„
30—40	„	„	180	„
40—50	„	„	180	„
50—60	„	„	52	„
60—70	„	„	6	„
70	„	„	2	„

Hieraus folgt, dass die meisten mit Fibromen behafteten Frauen zwischen 20—50 Jahren alt sind, wenn sie ärztliche Hülfe aufsuchen.

Es ist selbstverständlich, dass man bei der Häufigkeit der Fibrome auch versuchte, energisch gegen sie zu Felde zu ziehen. Früher versuchte man durch innere Mittel, wie Brom-Jodkalium, Phosphor, Arsenik, Chlorcalcium therapeutisch einzuwirken, jedoch mit negativem Erfolg, ebenso wirkungslos erwiesen sich Bäder, wie Kreuznach. Da man also eine Resorption der Geschwulst nicht erreichte, richtete man sein Hauptaugenmerk auf die gefährlichen Blutungen der

Fibro-Myome. Erweiterung des Cervix und Scarificationen der geschwollenen Uterusschleimhaut, waren nur von kurzer Wirkung, wurden daher bald aufgegeben. Mehr Anklang fanden Adstringentien, wie Liguor ferri sesquichlorati, Tinctura Jodi etc. Das Unangenehme bei dieser Therapie ist die Möglichkeit des Auftretens von Uteruskoliken, Metriden, Parametriden, ja sogar tötlich verlaufende Peritonitiden, wenn nicht für die peinlichste Reinigung des Uterus und der Vagina vor und nach der Injection Sorge getragen wird.

1872 führte Hildebrand das Ergotin in die Praxis ein. Man injiciert am besten jeden Tag von einer Lösung von 3,0 Extract. secal. corn. aquos auf 15,0 Aq. destill. eine volle Pravazsche Spritze tief in die Bauchdecken hinein. Leider ist die Behandlung langwierig und schmerzhaft und man sieht oft erst einen Erfolg nach ein paar hundert Injectionen.

Ausserdem kann das Ergotin nicht zu unterschätzende Gefahren mit sich bringen. In dem „Centralblatt für die gesammte Medicin“ Jahrgang 1888 Nr. 11 bringt Dr. Landau einen interessanten Artikel „Zur Prognose der Myomoperationen“. Darin führt er 2 Fälle an, wo nach langer Anwendung des Ergotins bei der Section — andere Ursachen waren ausgeschlossen — Dilatation des Herzens, vergesellschaftet einmal mit brauner Atrophie, das andere Mal mit Degeneration des Herzens, gefunden wurde. Die permanente Einwirkung des Ergotins auf die Muskulatur

der Gefässe — und schliesslich ist doch das Myocard auch nur die Muscularis eines grösseren Gefässabschnittes — führt zu Veränderungen, deren markantestes Symptom die Herzschwäche ist. Auch im Nervensystem sind grobe macroscopische Störungen bei Ergotismus chronicus constatiert worden, so Sclerose der Hinterstränge im Rückenmark.

Als Übergang von der medicamentösen zur operativen Behandlung kann man die Castration ansehen. Da man die Erfahrung gemacht hatte, dass mit Eintritt der Menopause die Blutungen meistens verschwinden und die Geschwülste zu wachsen aufhören, ja sogar öfters eine regressive Metamorphose erleiden, suchte man bei den Fibromen durch Castration eine künstliche Menopause zu erhalten. Der Erfolg war ein guter. Leider kann man diese Operation nicht immer anwenden, denn bei recht grossen oder multiplen Fibromen sind die Ovarien oft gar nicht aufzufinden. Der günstige Einfluss der eben erwähnten Operation besteht nach Schröder in der Unterbindung der Spermaticalarterien, wodurch die Geschwulst eine Ernährungsstörung erleidet. Die Wirkung bleibt aber aus bei grossen subserösen und bei interstitiellen Fibromen. Operativ kann man den Fibromen auf zweifachem Wege beikommen, einmal von der Scheide aus, dann durch die Laparotomie. Ad I bei nicht allzugrossen Myomen des Cervix und bei nicht zu grossen submucösen Myomen des Uterus. Die Art und Weise der Operation übergehe ich, da sie für

meine vorliegenden Fälle nicht passt. Die gefährliche Operation der Laparotomie wird vorgenommen:

1) Bei schnellem Wachstum der Geschwulst.
2) Bei profusen Blutungen.
3) Bei unerträglichen Schmerzen.

Weitere Indicationen können bestehen: In der Ansammlung grosser Mengen ascitischer Flüssigkeit, verbunden mit Atemnot und anderen Beschwerden, und in der Schwangerschaft.

Die Schwierigkeit der Operation hängt ab von der Grösse, dem Sitze und von den Verwachsungen mit den Nachbarorganen. Schröder unterscheidet 4 Operationsverfahren:

1) Bei gestielten Fibromen.
2) Bei subserösen und interstitiellen Fibromen des fundus uteri ohne Verlagerung der Anhänge desselben.
3) Bei submucösen oder interstitiellen Fibromen mit Verlagerung der Adnexa des Uterus.
4) Bei interstitiellen und subserösen im Beckenbindegewebe entwickelten Fibromen.

Es ist nicht meine Aufgabe, die Operationsverfahren der 4 erwähnten Fälle zu schildern, sondern ich führe selbst in Folgendem 2 Fälle an, welche in der hiesigen geburtshülflichen Klinik von Herrn Geheimen Medizinalrat Prof. Dr. Pernice mit Erfolg operiert sind.

I. Fall.

Frau Hahn, 46 J. alt, ist bis auf ihr jetziges Leiden immer gesund gewesen. Die Menstruation trat vom 17. Jahre ein und ist immer regelmässig wiedergekehrt, dauerte immer 3—4 Tage, das letzte Mal 8 Tage. Sie hat vor 22 und 21 Jahren 2 normale Geburten durchgemacht. Seit 2 Jahren hat Patientin bemerkt, dass sich eine Geschwulst in ihrem Unterleibe entwickelte, die ihr jedoch keine erheblichen Beschwerden bereitete.

Status praesens.

Patientin ist schlank, dabei kräftig, ihr Ernährungszustand ist mässig, in der letzten Zeit ist sie stark abgemagert. Die Haut hat eine blasse Farbe, die sichtbaren Schleimhäute sind normal gerötet. Der Appetit ist mässig, Stuhl und Urin normal. Die Brüste sind schlaff, Warzenhof pigmentiert. Abdomen stark aufgetrieben, mit zahlreichen frischen Striae und alten Narben versehen. Linea alba pigmentiert, Nabel im untern Teile verstrichen. In der Bauchhöhle ist ein Tumor von derber Consistenz ohne einzelne Abteilungen zu fühlen. Umfang des Bauches über dem Nabel 77 cm, zwischen Nabel und Symphyse 88,5 cm, über dem Proc. xiphoideus 41 cm. Der Tumor ragt weit ins Hypochondrium, rechts 20,5, links 19,5 cm von der Linea alba. Seine Spitze 8,5 cm unter dem Proc. xiph. Der Tumor lässt sich nach beiden Seiten hin verschieben. Rechts und links von ihm tympanitischer, auf ihm leerer Percussionsschall.

Innere Untersuchung: Scheideneingang klafft etwas, Vaginalportion steht normal, Muttermund geöffnet. Cervix lässt sich ohne Schwierigkeit nach hinten verfolgen. Den Uterus kann man mittelst der Muzeu'schen Zange 1 ½ Zoll nach unten dislocieren. Er scheint etwas retrovertiert und von der Geschwulst isoliert. Die Sonde dringt in normaler Länge in ihn hinein.

Am 6. X. fand die Operation in Narkose statt. Unter den strengsten Cautelen der Antiseptik wird ein Schnitt in der Linea alba vom Nabel bis zur Symphyse gemacht. Die geringe Blutung aus den Bauchdecken wird durch Klemmpinzetten gestillt. Es präsentiert sich ein praller, glatter mit Bauchfell überzogener Tumor von derber Consistenz. Um seine Natur kennen zu lernen, wird ein Einstich in ihn gemacht. Es tritt keine klare Flüssigkeit, sondern viel Blut aus, welches durch einen Wattebausch gestillt wird. Im obern Teil ist der Tumor mit dem Netz verwachsen und sitzt breitgestielt auf dem Fundus uteri. Die Wunde wird bis über den Nabel erweitert und der Tumor herausgewälzt. Zuerst wird die Verwachsung mit dem Netz, in der mehrere federkieldicke Gefässe verlaufen, in zwei Partien mit Seide unterbunden und darauf durchschnitten. Durch den Stiel wird eine lange Nadel gesteckt und unter ihr ein Gummischlauch fest um denselben geschlungen, dann der Tumor abgetragen. Die Wunde wird bis zum Stiel durch zahlreiche Suturen geschlossen. Der Ver-

such, den Stiel nach Herausnahme der Nadel und Entfernung des Schlauches mit Seide zu unterbinden und zu versenken, misslingt wegen der starken schwammartigen Blutung aus den Gefässen desselben und fortdauernden Einreissens des Peritoneums. Daher wird der Gummischlauch wieder angelegt und der Stiel mit den Bauchdecken vernäht. Nachdem an der linken Seite ein Faden gerissen war, trat eine heftige Blutung ein, die durch eine starke Klemmzange gestillt wird. Dieselbe kommt mit in den Verband. Nach sorgfältiger Reinigung des Körpers, wird der Stiel mit 50% Chlorzinklösung bedeckt und nach allen Regeln der Aseptik ein Verband angelegt.

Der extirpierte Tumor hatte ein Gewicht von 4320 Gramm und erwies sich als ein Fibro-Myom.

7. X. Es ist geringes Fieber vorhanden, das subjective Befinden der Patientin ist gut, nur klagt sie über heftigen Durst, die Zunge ist unbelegt. Der Urin wird mittels Catheters entleert.

8. X. Der Zustand ist ein befriedigender, Durst nicht mehr so stark. Schmerzen im Unterleib nicht vorhanden, Urin wird spontan entleert. Geringes Fieber.

9. X. Status gut. Kein Fieber.

10. X. Der Verband wird gewechselt. Die Wunde sieht gut aus. Die Klemmpinzette und die Schlauchzange werden entfernt. Neuer Verband.

11. X. Status in jeder Weise befriedigend.

12. X. Schlauch und Nadeln liegen gut. Der Stiel beginnt zu necrotisieren.

16. X. Herausnahme der Nähte. Schlauch und die grosse Nadel bleiben noch liegen, der Stumpf fühlt sich sehr hart an, bereitet keinerlei Beschwerden.

Der Status der nächsten Tage bietet keine Veränderungen, er bleibt gut, Fieber nicht vorhanden.

30. X. Der Stumpf wird mit der galvanokaustischen Schlinge entfernt, weil er nicht spontan abfallen wollte. Es zeigte sich, dass er durch ein kleines in der Mitte verlaufendes Gefäss ernährt wurde. Im Laufe der nächsten Tage schloss sich die Wunde immer mehr, so dass die Patientin am 12. XI. mit der Bauchbinde als geheilt entlassen werden konnte.

2. Fall.

Frau Bernstorff, 43 J. alt, verheiratet, hat sechs Kinder, deren Geburten alle leicht und normal verlaufen sind. Im 16. Jahre trat bei ihr zuerst die Menstruation auf, kehrte immer regelmässig wieder, war nie zu stark. Das letzte Kind wurde vor 7 Jahren geboren. In den letzten 6 Monaten ist die Regel ausgeblieben, vor 14 Tagen wieder eingetreten und hat bis jetzt gedauert. Patientin ist bis auf ihr jetziges Leiden stets gesund gewesen. Sie behauptet, dass seit 1 Jahre eine zwar schon vorher im Unterleibe wahrgenommene Geschwulst bis zu ihrer gegenwärtigen Grösse gewachsen sei.

Status praesens.

Die Frau ist gut genährt, das Gesicht ist gelblich gefärbt, die sichtbaren Schleimhäute sind normal gerötet. An beiden Unterschenkeln, besonders am rechten sind starke Varicen vorhanden. Brüste atrophisch, das Abdomen ist mit zahlreichen Striae und Falten versehen, die Linea alba im untern Teile etwas pigmentiert. Schon durch die Bauchdecken sieht man einen Tumor, der sich 2 Finger breit über den Nabel erstreckt und nach rechts 14 cm, nach links 19 cm von der Mittellinie reicht. Er ist von fester Consistenz uud zeigt an seiner Oberfläche 6, teils apfel-, teils wallnussgrosse Knollen. Dieselben sitzen meist breitbasig auf dem Tumor. Ein kleiner an der linken Seite lässt sich leicht verschieben. Diese Knollen sind alle hart, nur der grösste fühlt sich an, als ob er einen dickflüssigen Inhalt habe. Der Tumor ist in der Bauchhöhle mässig verschiebbar, bei starker Dislocation tritt Schmerzempfindung ein. Die Percussion ergiebt rechts und über dem Tumor deutlich tympanitischen Schall, weniger deutlich links. Umfang des Bauches über dem Nabel 90 cm, zwischen Nabel und Symphyse $90^1/_2$ cm, Entfernung vom Nabel bis Proc. xiph. 36 cm, vom Nabel bis zur rechten Spina 18, bis zur linken $23^1/_2$cm. Bei der innern Untersuchung zeigt sich die Scheide aufgelockert. Der Cervix ist stark verkürzt, die Geschwulst reicht weit in das vordere Scheidengewölbe hinein. Die Vaginalportion steht weit nach hinten. Beim Zurückdrängen

des Tumors nach hinten lässt sie sich ohne Schwierigkeit nach der Mitte des Beckens schieben. Der äussere Muttermund ist geöffnet und scharfrandig, man kann mit dem Finger weit in den Cervicalcanal eindringen, ein elastisches Bougie geht 18 cm weit in den Uterus hinein.

26. III. Operation in Narcose. Unter den strengsten antiseptischen Cautelen wird ein Schnitt vom Nabel bis zur Symphyse gemacht. Bei der gleichzeitigen Durchtrennung der Fascie und des Peritoneums wird der Tumor mit angeschnitten. Dadurch entsteht aus der Wunde der Geschwulst eine recht starke Blutung, die erst nach Anlegung zweier Nähte gestillt wird. Nachdem das Peritoneum bis in den obern und untern Wundwinkel durchtrennt ist, lässt sich der höckrige Tumor leicht vor die Bauchdecken wälzen. Links hängt an ihm eine ungefähr gänseeigrosse Cyste in deren dünnem Stiel die Tube verläuft. Um den sehr kurzen Stiel des Tumors, in welchem der Cervix uteri verläuft, wird ein starker Gummischlauch gelegt und mit einer Zange befestigt. Darauf wird der Peritonealüberzug etwas unterhalb der halben Höhe rings um den Tumor durchschnitten, und derselbe herausgeschält. Hierbei treten ziemlich heftige, meist venöse Blutungen auf, besonders aus den Tuben, die nur mit Mühe durch Unterbindung gestillt werden können. Nachdem der Stiel des Tumors durchschnitten ist, ergiebt sich aber, dass diese Blutungen aus ihm selber

stammen, da der Schlauch den Stiel völlig comprimiert. Nachdem das obere Ende der Wunde vorläufig durch 2 Nähte geschlossen ist, damit die bis dahin durch Tücher zurückgehaltenen Darmschlingen nicht vorfallen, werden 2 lange Nadeln über Kreuz durch den Stiel oberhalb des Schlauches gelegt, um letzteren am Abgleiten zu verhindern. Nach gründlicher Reinigung der Bauchhöhle wird die Wunde geschlossen und der Stiel in den untern Wundwinkel mit Seide so festgenäht, dass die Bauchhöhle dadurch vollständig geschlossen wird. Der hervorragende Stumpf wird reichlich mit Jodoformtannin bestreut und nach vorangehender gründlicher Reinigung des Körpers der Patientin der übliche antiseptische Verband (Jodoformgaze, Sublimatwatte, Verbandwatte, Jute) angelegt. Darauf wird Patientin in ein erwärmtes Bett gelegt.

Der Puls ist nach der Operation langsam, aber kräftig. Der erste Verbandwechsel fand am 29. III. statt. Die Wunde zeigt ein gutes Aussehen. In der Nacht vom 29. zum 30. trat Erbrechen auf, welches den Vormittag des 30. über anhielt, um $12^1/_2$ und 2 Uhr wurden nach Faeces riechende, dünnflüssige Massen erbrochen. P. sieht sehr verfallen aus. Um 3 Uhr wurde zur Laparotomie geschritten. Es werden die Fäden aus dem oberen Wundende bis auf die dem Stiel zunächst sitzenden entfernt und die Wunde nach oben hin um 3 Finger breit erweitert. Die Därme sind

stark aufgetrieben und zeigen ein hochrotes glattes Aussehen; peritonistische Auflagerungen sind nicht vorhanden. Unterhalb des Schlauches am Stiel sind mehrere Darmschlingen verklebt; um diese Verklebungen zu lösen, werden die Därme aus der Bauchhöhle hervorgeholt und in warme Salicyl-Bor-Tücher gepackt. Nach Lösung der Verwachsungen und Entfernung des Schlauches werden die Därme wieder reponiert. Bei dieser sehr schwierigen Manipulation reisst die Serosa einer Darmschlinge an 3 Stellen ein. Darauf wird die Wunde wieder vernäht und der Verband erneuert. Am Abend um $7^1/_2$ Uhr wird eine Magenausspülung gemacht, wobei wieder Koterbrechen auftritt. Die nächsten Tage verlaufen ruhiger. Es erfolgt zwar täglich Erbrechen, doch haben die Massen keinen üblen Geruch mehr. Am 3. erfolgt auf ein Glycerinclysma v. 5,0 gr reichlicher Stuhlgang. Das Abdomen, das bis dahin immer straff gespannt war, ist am 4. IV. schlaff. Stuhlgang erfolgt spontan. Fieber in allen diesen Tagen kaum vorhanden.

Ich will nachträglich noch eine kurze Schilderung des exstirpierten Tumors geben: Derselbe hatte ein Gewicht von 2370 gr und einen Umfang von 45 cm. Wie schon oben erwähnt, bestand er aus 6 teils apfel-, teils wallnuss-grossen Höckern, von denen 2 deutlich das Gefühl von Fluctuation vortäuschten; es erwies sich aber, dass kein flüssiger Inhalt vorhanden war, sondern dass diese schon einer starken fettigen Dege-

neration anheim gefallen waren. An der rechten Seite des Tumors fand sich eine kleine Öffnung, durch welche man mit der Sonde 10—12 cm weit in den Uterus hineingehen konnte. Von dieser Öffnung aus wurde die Uterinhöhle eröffnet, die Uterushörner waren gut zu sehen, doch fand sich nirgends ein Eingang in die Tuben. Bei dem Einschnitt in die Geschwulst erhielt man das für Fibrome charakteristische Gefühl des Knirschens. Auf der Schnittfläche traten viele kleinere Knoten hervor von weisslich, glänzendem Aussehen und concentrischer Schichtung. Dass wir es mit einem Fibrom zu thun hatten, erwies zur Evidenz die microscopische Untersuchung. Ich erhielt folgendes microsc. Bild: Bindegewebsfasern in der mannigfaltigsten Richtung durchflochten, reichlich Bindegewebskörperchen, spärliche Rundzellen, einzelne Gefässe, rote Blutkörperchen und grosse Fettzellen.

An der linken Seite des Tumors hängt eine gänseeigrosse Cyste herab. Da in dem dünnen Stiele die Tube verläuft, so ist zu vermuten, dass wir es mit einer Ovarialcyste zu thun haben. Microscopisch konnte ich es nicht nachweisen. Von einem Ovarium war nichts zu entdecken. Ausgeschlossen ist auch die Möglichkeit einer Parovarialcyste nicht. Der Inhalt der Cyste bestand aus reinem Blut.

Wir haben bei den oben geschilderten zwei Fällen gesehen, dass die Stielbehandlung jedesmal eine extraperitoneale war. Ob diese der intraperito-

nealen vorzuziehen ist, bleibt dahin gestellt. Die erstere Methode ist besonders von Hegar und Kaltenbach cultiviert und besteht darin, dass man den mit Gummischlauch oder Seidenfaden abgebundenen Stumpf nach aussen leitet und ihn in dem untersten Wundwinkel durch Vernähung des Peritoneums mit Peritoneum fixiert. Schröder huldigt der intraperitonealen Behandlung. Danach wird der Stiel mit einer mit Doppelfaden armierten Nadel durchstochen, nach beiden Seiten hin unterbunden, in die Bauchhöhle versenkt und das Peritoneum darüber vernäht.

Als besondere Unannehmlichkeiten bei der extraperitonealen Behandlung werden hauptsächlich angeführt: 1) Der Stiel muss eine gewisse Länge haben, um in die Bauchdecken eingenäht zu werden, ist daher nicht für alle Fälle verwendbar. 2) Der zusammengeschnürte und in die Bauchwunde eingenähte Stiel bereitet durch Zerrung öfters den Operierten recht bedeutende Schmerzen. 3) Der abgeschnürte Stumpf verfällt nur sehr langsam der Necrose und bildet so lange ein offenes Thor für Infectionserreger. 4) Gerade dort, wo der grösste Widerstand für die andrängenden Gedärme nötig ist, entsteht die schwächste Stelle, welche zur Bildung von Bauchhernien Veranlassung giebt. 5) Der Heilungsprocess ist ein langwieriger und deswegen kostspielig. Sie hat aber als die ältere und deshalb schon früher besser ausgebildete Methode bedeutend geringere Mortalitätsziffern aufzuweisen,

welche sie vornehmlich der sicheren Blutstillung zu verdanken hat. Trotzdem wird die intraperitoneale Stielbehandlung als die ideale Operation der Zukunft betrachtet, besonders, wenn sich das neue Verfahren der Blutstillung nach Prof. Zweifel mit der fortlaufenden Partienligatur bewähren sollte. Genannter Autor schildert seine Stielbehandlung wie folgt: „Als fortlaufende Partienverbindung (Ligatura partialis continua) bezeichne ich die Abbindung einer stärkeren Gewebsmasse in einzelnen Massenligaturen der Art, dass die Masse in vielen einzelnen Teilen angebunden ist. Das gleiche Ziel lässt sich auch durch vielfache Umstechungen erreichen. Die Ausführung der fortlaufenden Partienligatur gestaltet sich folgendermassen: Nach Herauswälzen der Geschwulst und des Uterus wird erst links die fortlaufende Partienligatur zum Unterbinden des Lig. latum benutzt. Es wird die stumpfe gestielte Nadel mit einem Faden von 40 cm Länge durch den obersten Teil des Lig. latum von vorn nach hinten durchgestossen und nun in einigen Partien das linke Lig. latum durchstochen. Die entsprechenden Fäden werden sortiert und in Köberle'sche Pincetten gelegt. Auf der Basis des breiten Mutterbandes, also an der Kante des Uterus, wird der letzte Faden beim Zurückziehen der Nadel fallen gelassen und an beiden Enden mit Pincetten versehen. Er bildet die Grenze und zeigt die Marke an, bis zu welcher man das Ligament nach der Schnürung der Unterbindungsfäden durchschneiden darf, ohne Blutung

zu erleben. Dasselbe geschieht auf der andern Seite des Lig. latum. Dann wird mit Scheere oder Thermokauters das Ligament sowohl links als rechts bis auf die noch freiliegenden zwei Unterstechungen getrennt. Diese beiden an der Kante des Uterus liegenden Fäden werden hochgehalten und unter ihnen ein elastischer Schlauch gelegt, straff gezogen und durch eine Quetschklammer festgehalten. Das Hochhalten der letzten Ligaturen ist ein wichtiger Punkt, denn an den Kanten liegt das Gebiet der Art. uterina. Jetzt wird der Tumor abgeschnitten und zwar so, dass vorn und hinten ein Lappen von Peritoneum und eine möglichst geringe Muskelschicht gebildet, dann der Stiel beziehungsweise der Gebärmutterkörper oder Gebärmutterhals direkt quer, also parallel zur provisorischen Ligatur abgeschnitten wird. Darauf folgt das Ausbrennen der Uterushöhle resp. des Cervicalcanals und zwar vor Ausführung der fortlaufenden Partienligatur, also so lange die Gummischnur liegt, um nicht durchgezogene Seidenfäden zu treffen. Den Schluss der Stielbehandlung bildet die Decknaht. Es werden die beiden Lappen des Peritoneum an einander gelegt und zusammengenäht. Dieselben werden eingeschlagen, um den Wundstumpf des Uterus überall mit Peritoneum zu bedecken. Die Absicht ist in erster Linie, eventl. sich bildenden Zersetzungsvorgängen, also Eiterbildung im Stumpf, den Austritt in die Bauchhöhle zu verwehren und zweitens ein Ankleben der Darmschlingen zu verhüten".

Wie weit sich nun diese Methode nach Zweifel bewähren wird, muss die Zukunft lehren. Jedenfalls bietet sie bedeutend grössere Schwierigkeiten, als die extraperitoneale Behandlung. Sie hat aber auch Vorteile, die nicht abzuläugnen sind.

Litteratur.

Prof. Dr. Schröder: Frauenkrankheiten.

Prof. Dr. Zweifel: Ueber Stielbehandlung der Fibrome.

Prof. Dr. Birch - Hirschfeldt: Lehrbuch der pathologischen Anatomie.

Dr. Rothe: Frauenkrankheiten.

Prof. Dr. Billroth: Frauenkrankheiten.

Dr. Landau: Zur Prognose der Myomoperation.

Dr. Smierzchalski: Inaugural - Dissertation „Behandlung der Fibrome des Uterus."

Lebenslauf.

Oscar Schloss, evang. Confession, Sohn des Gutsbesitzers Theodor Schloss und der Mathilde Schloss, geb. Scheumann, wurde am 24. Januar 1860 zu Sarkes, Kr. Lyck Ostpr. geboren. Den ersten Unterricht genoss er im Elternhause, besuchte dann die Gymnasien zu Bartenstein und Lyck und wurde von letzterem am 6. März 1882 mit dem Zeugnis der Reife zur Universität entlassen, um Medizin zu studieren. Er hielt sich bis Michaelis 1884 in Königsberg, bis Michaelis 1885 in Leipzig, dann wieder bis Michaelis 1887 in Königsberg auf. Dann begab er sich nach Greifswald, um noch 2 Semester Kliniken zu hören. Das Tentamen physicum bestand er im Sommersemester 1884, das Staatsexamen beendigte er am 25. März 1889 und das Examen rigorosum am 28. März 1889. Während seiner Studienzeit hörte er die Vorlesungen, Kurse und Kliniken folgender Herren Professoren und Docenten:

Prof. Dr. Schwalbe. Geh. R. Prof. Dr. v. Wittich. Prof. Dr. Langendorff. Prof. Dr. Lossen. Prof. Dr. Merkel. Geh. R. Prof. Dr. Wagner. Geh. R. Prof. Dr. Thiersch. Dr. Vierordt. Geh. R. Prof. Dr. Credé. Prof. Dr. Neumann. Prof. Dr. Dohrn. Prof. Dr. Schönborn. Prof. Dr. Mikulizsch. Geh. R. Prof. Dr. Naunyn. Prof. Dr. Schreiber. Prof. Dr. Jaffé. Geh. R. Prof. Dr. Jacobschn. Prof. Dr. Vossius. Geh. R. Prof. Dr. Pernice. Geh. R. Prof. Dr. Mosler. Prof. Dr. Helferich. Prof. Dr. Frh. v. Preuschen von und zu Liebenstein. Prof. Dr. Grawitz. Prof. Dr. Schultz. Prof. Dr. Rinné. Prof. Dr. Beumer. Prof. Dr. Strübing. Prof. Dr. Schirmer. Dr. Löbker. Dr. Peiper.

Allen diesen hochverehrten Herren, welche zu seiner Ausbildung beigetragen, spricht Verfasser seinen wärmsten Dank aus.

Thesen.

I.

Die intraperitoneale Stielbehandlung bei Fibromen ist der extraperitonealen vorzuziehen.

II.

Bei vorausgehendem Steiss ist der Versuch, einen Fuss herunterzuholen, das zweckmässigste Verfahren.

III.

In der Differentialdiagnose zwischen Typhus abdominalis und acuter Miliartuberculose ist auf den bei der letzteren vorhandenen tympanitischen Percussionsschall über der ganzen Brust das Hauptgewicht zu legen.